

Mod.2

Al Dirigente Scolastico

Del 4° Circolo "C.N. Cesaro"

Di Torre Annunziata (NA)

Disponibilità per la somministrazione farmaci alunni

Il/La sottoscritto/a docente.....

presso la scuola

docente formato primo soccorso..... SI NO

collaboratore scolastico formato primo soccorso.....SI NO considerata

la richiesta dei genitori dell'alunna.....della classe.....

dichiara

la propria disponibilità alla somministrazione dei farmaci per la terapia quotidiana e/o del farmaco salvavita per situazioni di emergenza, secondo le modalità indicate nella documentazione medica prodotta.

Torre Annunziata,

FIRMA